

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908. — N° 132

LE RIRE

DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fleury REBATEL

Né le 11 Février 1882, à Lyon,

Ancien Externe des Hôpitaux,

Ancien Interne prov. des Asiles de la Seine.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 132

LE RIRE

DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fleury REBATEL

Né le 11 Février 1882, à Lyon,

Ancien Externe des Hôpitaux,

Ancien Interne prov. des Asiles de la Seine.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE
	TEISSIER
	BARD
Cliniques chirurgicales	PONCET
	JABOULAY
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique.	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies mentales	PIERRET
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	X...
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	RENAUT
Physiologie	MORAT
Pathologie interne.	ROQUE
Pathologie et Thérapeutique générales	COLLET
Anatomie pathologique.	TRIPPIER
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING
Médecine légale	LACASSAGNE
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND, ag	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	PATEL	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	J. LEPINE	VORON
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	NOGIER
COURMONT (P.)	GAYET	MARTIN (Etienne)	MOUNEYRAT
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	LATARGET, ch.
VI: LARD	NEVEU-LEMAIRE		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PIC, Président ; NICOLAS, Assesseur ;
MM. LÉPINE (J.), et MARTIN (ETIENNE), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Le Docteur F. REBATEL

J'adresse à mes Maîtres des Hôpitaux de Lyon et des Asiles de la Seine l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

M. le Professeur MAURICE POLLOSSON, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Professeur Agrégé DURAND, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Professeur LANNOIS, médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur Agrégé TIXIER, chirurgien des Hôpitaux.

M. le D^r VIGNARD, chirurgien des Hôpitaux.

M. le D^r LYONNET, médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur PIC, médecin des Hôpitaux.

Dont nous avons été l'externe.

M. le D^r TRÉNEL, médecin en chef à l'Asile de Maison-Blanche.

M. le D^r LEROY, médecin en chef à l'asile de Moisselles, n'a cessé pendant une année de nous prodiguer les marques de sa bienveillance. C'est à lui que nous sommes redevable de l'idée de ce travail. Nous tenons à lui exprimer ici toute notre gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

C'est un honneur

dont nous lui sommes profondément reconnaissant.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Nous nous proposons de faire une étude du rire dans la démence précoce. Nous avons cru intéressant de faire précéder ce travail de quelques considérations sur les théories du rire et sur sa pathologie générale, car, ses formes cliniques, son mécanisme et sa pathogénie ont été peu étudiés jusqu'à présent, quoique soient fort nombreuses les études relatives à la physiologie et à la psychologie du rire.

Les nombreux auteurs qui ont étudié l'expression des émotions ont défini le rire comme un ensemble de mouvements physiologiques qui extériorisent une émotion de plaisir. Les physiologistes, au contraire, se bornèrent à nous dire qu'il consiste en un certain nombre de secousses respiratoires brèves, se succédant rapidement à travers les cordes vocales réunies ou séparées, produisant des sons hauts, clairs ou inarticulés, tandis que le voile du palais reste lâche : la bouche est généralement ouverte et les muscles de la face contractés d'une manière caractéristique. D'autre part, les psychologues ont essayé de définir les conditions de l'activité mentale qui déterminent le rire, mais ils n'ont pas pu se mettre d'accord sur ce point.

RABELAIS avait dit : « Rire est le propre de l'homme ». VOLTAIRE développa cette idée dans le sens suivant : « Les animaux ne rient pas de plaisir, mais répandent des larmes de tristesse. Le cerf peut laisser couler une humeur de ses yeux lorsqu'il se voit poursuivi, le chien aussi quand on le dissèque vivant ; mais ils ne pleurent pas la perte de leurs amis comme nous le faisons ; ils n'éclatent pas de rire comme nous en présence d'un objet comique, l'homme est l'unique animal qui pleure et rit. »

Les philosophes ont fait de nombreuses incursions dans ce domaine, mais depuis, des théories scientifiques ont cherché à interpréter de façon plus sérieuse le rire, tant au point de vue psychologique qu'au point de vue purement physiologique.

SPENCER au point de vue physiologique croit qu'il ne suffit pas de résumer théoriquement certaines conditions psychologiques du rire pour expliquer les mouvements mimiques spéciaux produits dans ces conditions. Pourquoi les muscles du visage se contractent-ils d'une certaine manière tout comme ceux de la poitrine et de l'abdomen quand nous éprouvons un vif plaisir ou quand nous frappe un imprévu contraste dans les idées ? La réponse doit être cherchée dans la physiologie.

L'autre tendance, purement psychologique considère au contraire les phénomènes mimiques comme secondaires, l'essentiel étant l'engrenage psychologique qui met en jeu les facultés purement mécaniques d'expression.

Nous ne voulons pas, en quelques lignes, pousser

plus avant l'étude d'un sujet si controversé; il nous suffira de dire avec RIBOT qu'il n'y a pas un rire, mais des rires puisque ce phénomène se produit dans des conditions si hétérogènes et si multiples.

De nombreux travaux ont été publiés sur cette question, citons entre autres les monographies de MICHIELS, PENJON, BERGSON, DUGAS, SULLY, etc., et les pages importantes consacrées au rire au cours d'études sur les sentiments et les émotions dans les ouvrages classiques de SPENCER, BAIN, RIBOT, SERGI, FÉRÉ, LANGE, JAMES, etc.

On peut distinguer dans le rire le geste et l'idée, l'un est extérieur, objectif, physiologique, susceptible d'une description minutieuse et exacte; l'autre est intérieur, subjectif et psychologique et son étude est plus difficile. On peut reconnaître également trois éléments dans le rire, l'élément mimique, l'élément émotif, l'élément intellectuel : tous trois peuvent coexister ou se manifester séparément. Cette distinction présente des avantages, car au point de vue pathologique, comme nous le montrerons tout à l'heure, on trouve des troubles portant sur chacun de ces trois éléments :

1° L'élément mimique du rire s'extériorise par des mouvements spéciaux de certains muscles de la physionomie et par une succession d'expirations courtes et bruyantes sous l'action de contractions réflexes du diaphragme. Le rire peut se rencontrer uniquement circonscrit à ses manifestations mimiques, comme phénomène d'automatisme cérébral inférieur, déterminé par imitation ou comme simple réflexe fonction-

nel, sans que ni la conscience ni la subconscience n'interviennent : C'est un phénomène moteur sans signification psychologique.

On le trouve chez l'enfant à l'état normal.

2° L'élément émotif consisterait en un état spécial de l'organisme déterminant une émotion de plaisir qui trouve dans le rire, phénomène mimique, un de ses modes de manifestations particuliers : le rire, moyen d'expression des émotions, existe chez tous les êtres humains dont le développement psychologique est normal.

3° Enfin l'élément intellectuel peut, lui, ne pas être accompagné par des manifestations mimiques, ni par un état émotionnel ; il consiste dans la perception du ridicule ou du risible contenu dans l'excitant du rire.

En un mot, le rire subit une gradation ascendante, passant successivement par ses différentes formes, depuis le rire comme phénomène mimique, jusqu'au rire intellectuel qui n'est plus alors qu'un acte représentatif, et qui constitue, selon Ribot, l'étape supérieure dans l'évolution du rire.

Un aperçu rapide sur la pathologie générale du rire nous permettra de montrer qu'elle affecte l'un ou l'autre des éléments que nous venons de distinguer.

Dans la pathologie mimique du rire se groupent tous les cas où le rire se produit en dehors de tout élément émotionnel ou intellectuel. On y trouve les phénomènes du rire spasmodique dans les hémiplegies, les scléroses latérales ou les lésions bulbaires, etc., les phénomènes de rire imitatif caractéristique des idiots ou de certains déments, les tics avec expression de

rictus, les convulsions d'un groupe musculaire qui correspond à la fonction du rire, chez les hystériques par exemple.

D'ores et déjà nous pouvons dire que le rire pathologique des déments précoces qui fait le but de cette étude doit être dans la grande majorité de ses manifestations classé dans ce groupe.

Dans la pathologie émotive du rire prennent place les cas de dissociation entre l'état émotif et son expression mimique, par exemple le rire qui peut accompagner une action douloureuse, ou bien la disproportion entre l'état émotionnel et son expression, le rire intense et irrésistible pour des motifs futiles, « le fou rire », etc.

La pathologie intellectuelle du rire réunit les cas où le rire est produit par un processus de logique morbide, tel que le rire délirant, ou par des perceptions morbides, le rire hallucinatoire, par une obsession ou par de faux processus représentatifs. Il en est ainsi pour l'halluciné qui assiste à des scènes agréables qui le font rire, pour l'interprétant qui trouve risible certains phénomènes par lui mal compris. Tels sont les différents types de rires pathologiques. En envisageant les choses d'un autre point de vue, on peut les classer d'après leur *étiologie*, rires par imitation, par lésion organique, par névrose, par folie, etc., ou d'après leurs formes que l'on peut distinguer en formes : complète, telle que le rire de l'idiot ; spasmodique continue dans certaines scléroses bulbaires ; spasmodique pour les mouvements volontaires dans certaines hémiplegies ; disproportionnée (le « fou rire ») fugaces, tics-rictus) ou paroxystique (rire hystérique).

Il nous importe de passer rapidement sur ces quelques considérations et d'indiquer les travaux intéressants parus sur cette question, tels que l'étude de BECHTEREW sur le rire inépuisable, l'article de MARIE dans le *Traité de Médecine*, l'étude de BICKELES sur le *Diagnostic différentiel des rires pathologiques*, la thèse de RAULIN sur *le Rire et les exhilarants*, la classique leçon de BRISSAUD sur le rire spasmodique, etc. D'ailleurs la littérature médicale fournit un vaste champ d'observations très intéressantes sur ce sujet; et s'il nous a paru nécessaire de faire précéder notre étude du rire dans la démence précoce de ces quelques considérations générales, c'est pour pouvoir préciser de façon plus claire au cours de notre développement à quels types différents de rires pathologiques doivent être ramenés ceux que nous serons à même de rencontrer dans les différentes périodes de la maladie qui nous intéresse. Nous diviserons ainsi notre étude :

CHAPITRE PREMIER. — *Historique.*

CHAPITRE II. — *Etude clinique.*

CHAPITRE III. — *Observations.*

CHAPITRE IV. — *Diagnostic.*

CONCLUSIONS.

LE RIRE

DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les monographies modernes sur la démence précoce retrouvent la trace chez les anciens auteurs de descriptions de malades qui certainement étaient des déments précoces.

En 1809, PINEL, dans son Chapitre de l'Idiotisme, en 1818, SPURZHEIM, sous le nom d'idiotisme accidentel, décrivent des cas de cette maladie. On en trouve également des descriptions frustes dans ESQUIROL (1814), plus précises dans le *Traité des maladies mentales* de MOREL, (1857). Mais chez tous ces auteurs, tant de types cliniques sont confondus qu'il nous paraît bien difficile parmi les états de gaîté auxquels ils font allusion, de trouver une description se rapportant de façon typique à nos malades.

Il nous suffira de citer pour mémoire, parmi tant de descriptions confuses des anciens auteurs, ces quelques lignes empruntées à GUISLAIN (1852), *Leçons orales sur les phrénopathies*, Leçon XXII ; Parlant de phré-

nopathies survenant chez des individus jeunes, il signale des éclats de rire alternant avec des pleurs. « Que, chez quelques aliénés on trouve un éclat de contentement, même de folâtre gaité, rien n'est plus vrai, je l'ai déjà dit antérieurement. Mais voici précisément le point culminant de la matière : les phénomènes sont des actes consécutifs, même secondaires, tertiaires, qui témoignent des progrès qu'a fait la maladie, et souvent l'intensité avec laquelle ont agi les causes morbides. L'homme ne passe pas d'un coup d'un état physiologique complet à la gaité morbide ; il y a chez lui des prodromes : il commence à être inquiet, affecté, anxieux, mélancolique ou mécontent.

« La douleur devance la joie, et le plus souvent, cette dernière ne se manifeste que lorsque la maladie a déjà duré longtemps. »

Cette courte description nous paraît présenter un vif intérêt, les malades auxquels fait allusion GUISLAIN, ressemblant étrangement à des déments précoces.

Mais il faut arriver à KAHLBAUM (1863) et à HECKER (1871) pour trouver sous les noms de catatonie et d'hébéphrénie des descriptions plus précises, plus cliniques de ces malades.

KAHLBAUM dans son *Étude sur la catatonie* écrit ; « Dans le stade catatonique qui peut durer des semaines et des mois, il faut noter la monotonie des actes, le mutisme, les rires subits ; le stade terminal est la démence. »

HECKER décrit un processus morbide qui survient à la fin de la puberté, met obstacle au développement ultérieur de l'intelligence et détermine une forme spé-

ciale de démence. C'est lui qui le premier distingua d'une façon nette, dans l'hébéphrénie, comme signe prodromique de la maladie, le rire morbide signalé par KAHLBAUM dans la catatonie. L'intéressante observation où est consignée ce symptôme date de 1877 : Nous la trouvons publiée par CLAUS dans son rapport : *Catatonie et stupeur*, au Congrès des médecins-aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Bruxelles, 1903).

Il nous a paru très intéressant de publier, en partie du moins, cette observation qui est la première de ce genre que nous ayons.

« L., pasteur, trente ans, interné le 15 février 1877. Pas d'hérédité, faiblesse corporelle, bien doué, caractère bon, actif, a toujours été un peu nerveux. Les dernières années sont marquées par quelques contrariétés qui ont affecté son corps et son esprit. Les derniers temps avant son internement, augmentation de l'état dépressif et de la nervosité. Un des premiers symptômes constatés fut un rire incoercible, convulsif, qui se présenta quelques années avant l'éclosion de sa maladie; au milieu de ses occupations les plus sérieuses, pendant sa prière du matin, par exemple. Il avait conscience de cette anomalie et cela lui était très préjudiciable. Il tâchait d'y obvier de toutes ses forces et son humeur devenait de plus en plus noire. Le 6 février il fit encore un sermon, puis son humeur changea tout à coup, il devint très gai. Il est à remarquer qu'avant il fut très doux, et que maintenant, il avait des tendances violentes. Sa dernière prédication dans laquelle il voulut montrer que les Allemands descendaient des

juifs et pendant laquelle il fut très troublé, nécessita son internement, etc... »

HECKER, de ce jour, posa le diagnostic de catatonie.

« Plus tard, dit l'observation, on note des attitudes bizarres : refus d'alimentation, occlusion prolongée des paupières qui tremblotaient, une façon onctueuse de parler. Le 1^{er} mai, le malade descend prêcher en chemise.

« J'ajouterai, dit HECKER, que six mois après le malade est rentré dans l'établissement présentant tous les symptômes de l'hébéphrénie, et quelques traits de la catatonie... »

Les nombreuses discussions que suscitèrent les théories de KAHLBAUM et de HECKER ne sauraient trouver place ici ; d'ailleurs on ne fit guère, à cette époque, d'études cliniques de la maladie ; on tenta surtout de fondre ensemble les différentes formes décrites. En 1880, FINCK insistait sur les ressemblances qui existent entre la catatonie de KAHLBAUM et l'hébéphrénie de HECKER, en raison de symptômes communs, tels que la verbigération et les stéréotypies, mais pour trouver une conception englobant toutes ces formes, il faut arriver à KRAEPELIN, *Psychiatrie*, Leipsig, 1893, qui, rapprochant l'hébéphrénie de la catatonie, et y ajoutant la démence paranoïde, expose ses idées sur une maladie unique : la démence précoce.

Dans l'introduction à la psychiatrie clinique (traduction française de DEVAUX et MERCKLEN), KRAEPELIN consacre sa troisième leçon à l'examen d'un dément précoce. Au cours de l'observation, nous trouvons : « Par intervalles, ce malade rit sans motif et d'une façon

particulière, les traits du visage restant immobiles. » Puis, plus loin, dans l'étude clinique de la maladie : « Outre la déchéance intellectuelle et la perte des réactions sensitives, le malade offre encore à notre observation quelques points importants : C'est tout d'abord le rire niais et vide, symptôme fréquent dans la démence précoce : ce rire ne répond à aucun sentiment de gaiété ; quelques malades même se plaignent d'être contraints de rire alors que leurs idées ne les y poussent pas le moins du monde. D'autres signes de grande valeur, ce sont les grimaces les contorsions, les fines trémulations de la face. »

En 1899, M. CHRISTIAN publie dans les *Annales médico-psychologiques*, un article sur la démence précoce des jeunes gens : Nous y trouvons ces quelques lignes : « Le malade est étranger à tout ce qui se passe autour de lui, il ne prend aucun soin de sa personne, malpropre, gâteux, il déchire ses vêtements, se traîne par terre. Il paraît ne rien comprendre, sourit niaisement quand on lui parle, quelquefois rit aux éclats et sans motifs. »

Suivent plusieurs observations intéressantes où le symptôme *rire aux éclats* est relevé chez des malades, entre autres, dont l'affection avait débuté par de la dépression et du délire mélancolique (obs. XXIX et XXX).

Dans un très intéressant travail sur *le Rire et les Exhilarants*, (Thèse de Paris 1899), M. RAULIN fait une étude du rire chez les maniaques et les mélancoliques dans laquelle nous trouvons très bien décrit le rire des déments précoces.

Mais à cette époque les idées de KRAEPELIN sont encore peu connues en France : M. SÉRIEUX se chargea de les y répandre dans les trois remarquables publications qu'il fit sur ce sujet. Nous y retrouvons le rire signalé dans les différentes formes de la maladie. Forme délirante (hébéphrénie) « l'obtusion, l'apathie, l'indifférence (au point de vue affectif) caractérisent l'humeur. Les rires non motivés, les impulsions subites, les accès d'agitation sont fréquents ».

Forme catatonique. « On voit certains malades conserver une attitude prise volontairement (autocatatonie) ou une expression mimique (rire, bouche en museau). Souvent surviennent au cours d'accès de stupeur des impulsions subites, ou des éclats de rire ».

Depuis lors, plusieurs travaux intéressants ont été publiés sur la démence précoce. En 1903, MM. DENY et ROY font paraître une monographie sur ce sujet où ils signalent également parmi les impulsions auxquelles sont sujets les malades, le rire explosif ; ils insistent sur le phénomène de la paramimie chez les hébéphréniques et sur les rictus stéréotypés.

M. MASSELON dans son livre sur *la Démence précoce*, émet les mêmes idées.

Puis au Congrès de *Bruxelles* en 1903, M. CLAUS exprime toute l'importance qu'il attache à ce symptôme : « J'ai personnellement rencontré, chez plus d'un de mes malades, des accès de rire ou de pleurs ou les deux se suivant.

« Les accès de rire que ces malades présentent relèvent sans aucun doute de la démence plutôt que de l'hystérie. Je ne puis m'empêcher d'appeler l'attention

sur la valeur qu'un symptôme de ce genre peut présenter au point de vue du diagnostic et du pronostic ».

Les traités récents de psychiâtrie de M. ROGUES de FURSAC, de M. le professeur RÉGIS, de M. le professeur GILBERT BALLET, dans l'article consacré à la démence précoce, signalent le rire pathologique. M. le professeur RÉGIS considère ce symptôme comme très intéressant : il avait annoncé la publication d'un travail sur ce sujet : ce travail n'a pas encore paru.

C'est peut-être à M^{lle} PASCAL dans un article publié dans la *Presse Médicale* (janvier 1907) et intitulé « Pseudoneurasthénie prodromique de la démence précoce » que nous devons la description la plus nette du rire des déments précoces avec ses caractères, tantôt explosif, tantôt incoercible et se manifestant toujours sans le moindre élément émotionnel de la part du malade.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

Le court historique qui précède suffit à nous montrer que le symptôme rire est signalé dans toutes les études sur la démence précoce.

Il mérite d'être étudié spécialement, car s'il n'existe pas d'une façon permanente dans la maladie, il a cependant à nos yeux une valeur de premier ordre, aussi bien symptomatique que diagnostique. De plus nous allons montrer que nous le retrouvons, sous des formes variées, il est vrai, et accompagné de signes différents, à tous les temps de l'évolution de la démence précoce.

A. — LE RIRE DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE AU DÉBUT

Le début de la démence précoce est rarement aigu. Survenant en général chez des adolescents qui jusque là ont paru normaux, elle évolue en une longue étape de modifications diverses se manifestant insensiblement et progressivement chez le sujet au point de passer pendant un certain temps inaperçues.

« Lorsque ce début s'opère lentement, écrit M. RÉGIS, il se traduit par des troubles du caractère consistant en

nonchalance, apathie, indifférence; par des troubles intellectuels dans lesquels dominent la faiblesse de l'attention volontaire et la difficulté de tout effort mental; par une indifférence émotionnelle typique qui émousse la sensibilité morale et amoindrit visiblement les sentiments et les affections. »

Cette apathie intellectuelle et morale se retrouve aussi bien dans la forme hébéphrénique que dans la forme catatonique, toutefois elle est masquée dans la forme hébéphrénique par les idées délirantes qui sont de règle. « Les troubles délirants habituellement observés, dit M. SÉRIEUX, sont tantôt des états de dépression, tantôt des états analogues à l'excitation maniaque, tantôt enfin des délires hallucinatoires avec plus ou moins de confusion. Les manifestations d'apparence névropathique ne sont pas rares : états neurasthéniques, accidents hystérisiformes, vertiges, etc. Les idées de persécution et de grandeur, les préoccupations hypocondriaques, les idées mystiques, érotiques sont fréquentes; mais il ne s'agit jamais de conceptions délirantes systématisées. »

Nous ne voulons pas faire ici une étude de la démence précoce au début : nous voulons signaler simplement le fait qu'elle commence dans la grande majorité des cas par des états dépressifs : c'est ce qu'écrit M^{lle} PASCAL : « Chez les déments précoces, aucun état d'optimisme ni d'exaltation des facultés. Avant la déchéance évidente, ils passent par une phase d'abaissement progressif de toutes les facultés psychiques et organiques où dominent la torpeur et la dépression morale. »

Déjà à cette période initiale, nous trouvons le symptôme rire chez nos malades. Nous le trouvons sous les deux formes suivantes que nous allons analyser.

1° C'est l'éclat de rire, explosif, brusque et rapide comme une impulsion : il naît sans aura sur le facies du malade qui est secoué par une ou deux secousses expiratoires, et meurt de la même manière. Il est bien difficile d'en déterminer le point de départ : c'est un mode de réaction du malade qui correspond à une de ces impulsions fréquentes qu'ont les déments précoces à la période d'état et effectivement ce rire doit être considéré comme une impulsion : nous le retrouverons d'ailleurs plus fréquent à un stade plus avancé de la maladie. Il survient aussi bien lorsque les malades sont seuls et que rien ne vient troubler leur mélancolie que lorsqu'on leur adresse la parole et qu'on essaie d'obtenir d'eux une réponse aux questions qu'on leur pose, alors que souvent ils se renferment dans le mutisme.

On serait tenté en vain de rechercher l'état émotionnel dans cet éclat de rire : il n'existe pas. C'est d'ailleurs là un caractère très spécial de ce rire de ne pouvoir s'expliquer : si on demande aux malades ce qui les a fait rire, ils vous répondent qu'ils ont ri sans savoir pourquoi, qu'ils n'ont pas d'idées gaies, au contraire, et que s'ils ont ri, ils ont été forcés de le faire. Ce rire d'ailleurs frappe souvent les familles qui ont constaté au contraire l'état dépressif habituel de leur malade.

Ce rire est très spécial aux déments précoces ; il est d'ailleurs plus commun à la période d'état où nous le retrouverons et tenterons de l'expliquer.

2° Au début de la démence précoce au contraire, la

forme de rire la plus communément observée est la suivante. (Elle a d'ailleurs été discutée, et certains auteurs ont prétendu qu'elle n'appartenait pas à la démence précoce en particulier. Nous la considérons cependant comme bien spéciale à cette affection.)

C'est un rire qui, par son intensité rappelle le fou rire : comme lui, il est irrésistible, inextinguible, incoercible. L'aura en est instantanée ou n'existe pas, et le début de cette crise de rire prend, lui aussi, un caractère explosif ; mais le malade ne résistant pas du tout à l'excitation qui se produit en lui, l'invasion, au lieu d'être graduelle, est portée d'emblée à son paroxysme ; mais cet éclat de rire, au lieu de s'arrêter comme dans le premier cas, persiste malgré la volonté du malade et se prolonge plus ou moins longtemps pour se terminer le plus souvent par une crise de larmes.

La cause qui a déchaîné ce fou rire, si nous la cherchons, ne nous apparaît pas mieux que dans le premier cas que nous avons décrit ; le malade possède la même indifférence émotionnelle ; il n'a pas de raison d'être gai, il en aurait davantage d'être triste.

Tels sont les deux modes de rire des déments précoces au début : Ils font partie de la pathologie mimique du rire. En effet ils se manifestent en dehors de tout élément émotionnel ou intellectuel, et leur expression mimique prend des caractères assez spéciaux.

3° Nous citerons à titre accessoire le rire qui, dans la démence précoce au début, peut être l'expression d'un délire expansif ou d'une hallucination joyeuse.

Ce délire expansif constant chez le paralytique général, est rare chez le dément précoce.

Nous attribuons au rire ainsi envisagé chez les déments précoces au début une importante valeur diagnostique et voici pourquoi.

Nous avons dit plus haut que les états dépressifs constituent sinon la règle, du moins, la grande majorité des cas dans la démence précoce au début. En effet, c'est comme neurasthéniques ou comme mélancoliques, que sont traités au début la plupart des déments précoces.

« Rien de plus semblable à un neurasthénique, écrit M. MASSELOU, qu'un dément précoce à cette période : indolence, apathie, état de langueur, de paresse, perte de l'activité intellectuelle, incapacité d'effort mental, sentiment d'impuissance, etc. »

Une étude très approfondie des différents troubles que présentent de tels malades, permettrait peut-être de déceler chez l'un, l'affaiblissement intellectuel, qui n'existe pas chez l'autre. Si, cliniquement on remarque les mêmes phénomènes morbides, états d'apathie, d'irrésolution, d'aboulie, d'asthénie physique, il suffit de remonter à la source de ces troubles, à la sphère affective pour trouver que les causes sont différentes : il y a en effet dans la neurasthénie une excitation de la sphère affective, comme le montrent l'irritabilité, la sensiblerie et l'émotivité exagérées des malades.

Le neurasthénique se rend compte de son état, il est capable d'en souffrir, et c'est par des pleurs qu'il exprime sa souffrance : rien de plus logique.

Le dément précoce au début se rend beaucoup moins bien compte de son état, il en souffre beaucoup moins, il lui arrive quelquefois de pleurer, mais bien moins souvent qu'il ne rit, de ce rire que rien n'explique et qui vient souvent interrompre brusquement sa tristesse la plus profonde. ZIEHEN insiste sur ce symptôme qu'il considère comme particulièrement intéressant lorsqu'on le rencontre au début de la démence précoce.

Ce seul signe, croyons-nous, peut, même à une époque si primitive faire penser à une faiblesse corticale. Il est, en effet, pour nous, un signe net d'affaiblissement intellectuel et nous croyons qu'il est commun à toutes les formes de début de la maladie, malgré l'opinion de M. RÉGIS qui considère le rire morbide comme spécial au début hystériforme.

Le diagnostic est aussi délicat entre les formes mélancoliques de la démence précoce au début et la mélancolie. « Dans la mélancolie, écrit M^{lle} PASCAL, la dépression et la douleur morale s'installent d'une façon aiguë à la suite d'un choc psychique. Dans la démence précoce on ne trouve pas toujours de cause morale, et les troubles psychiques sont plutôt des effets que des causes de maladie. La discontinuité des troubles affectifs est le caractère le plus important de la mélancolie symptomatique de la démence précoce. Dans la mélancolie, la douleur morale tend à progresser, ou à s'améliorer dans les cas bénins. Elle évolue sans solution de continuité. Dans la démence précoce la dépression la plus profonde est interrompue par des réactions morbides non adéquates à l'état de tristesse et d'abatte-

ment. Parmi ces réactions, il faut signaler les impulsions, les grimaces, les colères violentes, le sourire et le rire sans motif. Ce dernier symptôme d'une importance capitale met en évidence l'absence de concordance entre les réactions mimiques et l'attitude douloureuse du malade. Les explosions de rire brèves peuvent passer inaperçues ; de même les grimaces et les tics. La surveillance prolongée est alors absolument nécessaire. »

Le diagnostic peut encore devenir plus difficile dans les cas où le malade est plongé dans le mutisme, lorsqu'il s'agira d'établir si ce mutisme provient d'une inhibition mélancolique, ou d'une cause démentielle.

Si nous trouvons de tels éclats de rire, nous pouvons affirmer la cause démentielle.

Nous croyons avoir démontré l'intérêt qu'il peut y avoir pour le clinicien à reconnaître de bonne heure chez des malades en état de dépression ces rires, tant dans leur forme explosive et courte, que dans leur forme de fou rire. Ils doivent faire penser à l'affaiblissement intellectuel et faire porter un pronostic très réservé sur l'évolution de la maladie.

B. — LE RIRE DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE A LA PÉRIODE D'ÉTAT

Tout autre est le tableau clinique que nous allons tracer du rire chez le dément précoce à la période d'état. Le rire est très net, très caractéristique, il apparaît au milieu d'une foule d'autres symptômes démentiels ; il a gardé le plus souvent les mêmes formes

d'expression qu'il avait au début de la maladie, mais il apparaît au milieu d'un ensemble de manifestations cliniques tout à fait différentes.

Nous prendrons comme type de notre étude la forme hétérophrénico-catatonique et nous considérerons un malade en état dépressif ; il reste apathique, il est plongé dans une torpeur dont on ne peut le faire sortir, il demeure insensible à toutes les excitations extérieures, il sort parfois de cet état pour une courte crise d'excitation, mais surtout d'autres symptômes ont apparu qui ont pu faire préciser le diagnostic, nous voulons parler du négativisme, de la suggestibilité et des stéréotypies. Nous savons dès lors que nous avons affaire à un dément.

Le négativisme est « une tendance permanente et instinctive à se raidir contre toute sollicitation venue de l'extérieur, quelle qu'en soit la nature ».

Si par exemple nous saisissons le bras d'un catatonique, nous le voyons immédiatement contracter ses muscles pour s'opposer aux mouvements que nous voudrions lui imprimer, si nous essayons de tirer de lui une réponse, il se renfermera dans le mutisme le plus absolu. Si nous lui disons de rire, il fera une grimace, ou contractera les muscles de sa face pour éviter de rire malgré lui. Cette opposition devient systématique pour les actes naturels et les malades arrivent à refuser de se vêtir, de manger, etc.

Par contre, cette opposition systématique est remplacée de temps en temps chez nos malades par une suggestibilité exagérée, c'est-à-dire par « une tendance générale permanente et instinctive à adapter toute sol-

licitation venue de l'extérieur, qu'elle qu'en soit la nature ».

Cette sollicitation ne se manifeste pas seulement dans un ordre moteur (c'est la *flexibilitas cerea* des auteurs allemands), les déments précoces tendent à reproduire les mots ou les phrases qu'on prononce devant eux : c'est l'écholalie ; ou encore à imiter les gestes ou la mimique d'un individu. C'est ce qui produit chez ces malades cet air de se moquer qu'ils ont souvent, et qui n'est qu'apparent : s'ils voient quelque malade de leur entourage rire, ils se mettent à rire, non pas que la gaité de leur voisin ait suggéré en eux une idée drôle, ni pour se moquer de lui : ils rient simplement par imitation. C'est un phénomène d'échomimie.

Tandis que le négativisme et la suggestibilité constituent par leur coexistence ou leur succession, la stupeur catatonique, on décrit une excitation catatonique caractérisée surtout par des impulsions soudaines et par des stéréotypies : cette excitation n'est pas seulement spéciale aux catatoniques, on la trouve également chez les hébéphréniques ; c'est dans ces périodes d'excitation que se produit le rire.

Il peut être considéré comme une *impulsion* et comme une *stéréotypie*.

Le rire impulsion se manifeste sous les deux formes que nous avons décrites dans la période de début : Il peut être explosif et s'arrêter brusquement, ou bien il peut prendre l'allure d'un fou rire que rien ne peut arrêter.

C'est par exemple chez un catatonique en état de

stupeur depuis plus ou moins longtemps qu'il surviendra, soit isolément en une seule fois, soit à plusieurs reprises pendant toute une journée, et le malade retombera dans une stupeur qui pourra durer plusieurs jours ou plusieurs semaines. Ce rire aura été l'équivalent d'une période d'excitation dont il aura pu être ou la seule manifestation ou bien un symptôme accompagné de plusieurs autres actes impulsifs.

D'autres fois, nous verrons un hébéphrénique rester des journées entières silencieux et immobile, plongé dans la tristesse et l'abattement du mélancolique, puis se mettre tout à coup à rire stupidement. ZIEHEN a beaucoup insisté sur ce phénomène qu'il appelle la paramimie hébéphrénique et qui consiste dans « la discordance entre les troubles intellectuels et les réactions mimiques ». Il considère cette dissociation comme un des caractères imprimés par la puberté à toutes les affections mentales apparaissant à cette époque de la vie.

Et en effet nous pouvons constater, dans les différentes formes de la démence précoce qu'il y a, suivant l'expression de DROMARD, « incongruence apparente entre l'expression émotive du sujet et la qualité émotionnelle de sa situation ».

Nous arrivons à l'étude du symptôme stéréotypie qui est très intéressant, puisque nous distinguons chez nos malades une forme de rire qui n'est qu'une stéréotypie.

Nous empruntons la définition de ce symptôme à KRAEPELIN : « La stéréotypie est caractérisée par la durée anormale des impulsions motrices, qu'il s'agisse

d'une contracture permanente d'un certain groupe de muscles, ou de la répétition fréquente d'un même mouvement, »

Nous distinguerons, avec RICCI, SÉGLAS et CAHEN, les stéréotypies des mouvements et des actes (stéréotypies parakinétiques) et stéréotypies d'attitudes (stéréotypies akinétiques.)

Les premières n'ont pour nous qu'un intérêt secondaire. Elles concernent les *gestes* qui sont exagérés, automatiques ou toujours les mêmes; le *langage* : « Exagérant la loquacité extravagante et l'affectation puérile de certains hébéphréniques qui répètent à satiété les mêmes mots, écrivent MM. DENY et ROY, les catatoniques qui ont de la verbigération, passent des journées entières à fredonner la même mélodie, à marmoter quelques mots ou quelques lambeaux de phrases, toujours les mêmes et, le plus souvent inintelligibles »; l'*écriture*, qui offre, comme le langage, les mêmes bizarreries, la même salade, la même verbigération, les mêmes néologismes : la *marche* qui peut présenter les anomalies les plus invraisemblables ; et enfin les *actes* qui, le plus souvent, révèlent cette tendance générale à la stéréotypie.

Les secondes, ou stéréotypies d'attitude nous retiendront plus longtemps.

Elles peuvent : 1° concerner le corps tout entier : nous citerons l'exemple de ces malades qui restent dans un coin, toujours dans la même position bizarre, ou qui, couchés, se tiennent recroquevillés, ou immobilisés, les genoux repliés, ou la tête sous le traversin.

2° Ne concerner qu'une partie du corps, le visage,

par exemple, par la répétition ou la conservation anormale de certaines expressions naturelles ou artificielles. Ces stéréotypies du visages sont très nombreuses et très variables : le rire que l'on observe chez de semblables malades n'est qu'une stéréotypie : et tout d'abord, il est bien difficile de le caractériser tant il est variable dans sa durée et son expression mimique.

Tantôt, excessivement fugace, il naît et disparaît en l'espace d'une seconde, tantôt au contraire il dure beaucoup plus longtemps, mais il est toujours réduit à une contraction des muscles de la face ; jamais les mouvements respiratoires n'y participent. Mais ces contractions de la face n'étant elles-mêmes soumises à aucun contrôle mental, elles peuvent se produire suivant les modalités les plus diverses : tantôt les muscles se contractent de façon homonyme exprimant nettement la gaiété, tantôt au contraire les deux côtés de la face offrent les expressions les plus contradictoires et les plus paradoxales ; tel groupe musculaire indiquant la gaiété franche, tandis que tel autre exprime la tristesse, la colère ou même l'indifférence. C'est là un exemple de cette mimique dissociée si bien étudiée par M. le professeur PIERRET.

D'ailleurs ces stéréotypies du visage n'expriment pas seulement des sentiments que nos malades étaient autrefois capables d'éprouver (gaiété, tristesse, colère, etc.) elles se manifestent également par toutes sortes de grimaces et de tics bizarres sans signification aucune : Les yeux, le nez, les joues, les lèvres, les mâchoires se remuent et se contractent diversement de façon à réaliser des jeux de physionomie étranges,

des moues que l'on a appelées bouche en groin, en coin, en museau. Toutes ces stéréotypies proviennent d'une excitation du nerf facial; or, cette excitation peut produire comme l'ont admirablement montré les expériences de DUCHENNE de Boulogne toutes sortes d'expressions miniques, soit que l'on électrise directement le facial à la sortie du trou stylo-mastoïdien, soit que l'on agisse isolément sur tel ou tel groupe musculaire. Ces stéréotypies de la face et en particulier le rire qui sont si nettes chez les catatoniques existent néanmoins dans les autres formes de la démence précoce, car c'est également comme des stéréotypies que l'on doit envisager le maniérisme, les tics, les grimaces et l'absurdité du maintien qui sont si fréquents chez les hébéphréniques.

Telles sont les différentes manifestations du rire dans la démence précoce à la période d'état. Les rémissions de la maladie sont peu fréquentes, la guérison encore plus rare. Livrés à leur propre évolution, après un temps plus ou moins long, suivant les différentes formes de la maladie, les déments précoces subissent un arrêt dans leur déchéance intellectuelle ou au contraire en arrivent à une période de démence terminale que nous allons envisager maintenant.

C. — LE RIRE DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE A LA PÉRIODE TERMINALE

Les différentes formes de la démence précoce aboutissent toutes à un état d'affaiblissement psychique qui présente des caractères bien spéciaux. En effet, tandis

que l'on voit parfois subsister les stéréotypies de toute nature, les conceptions délirantes s'atténuent progressivement et finissent par disparaître.

Quelques malades paraissent conserver des hallucinations et, s'ils continuent à présenter parfois des idées hypocondriaques, de grandeur ou de persécution, elles sont bien puériles et bien stupides. Il est des formes frustes où l'affaiblissement psychique terminal est peu accentué : mais elles sont peu fréquentes. Ces malades peuvent à première vue avoir l'aspect d'un sujet normal : ils accomplissent avec ponctualité la tâche qu'on leur a donnée, mais si on les interroge, on s'aperçoit vite de la déchéance de leur activité mentale, de la diminution de leurs sentiments affectifs, de leur absence de curiosité et de souci de l'avenir. « Ils éprouvent parfois une satisfaction de leur situation présente, écrit M. SÉRIEUX, sans rien cependant qui ressemble à l'euphorie du paralytique général ». Ces malades rient quand ils se trouvent dans des milieux où l'on rit, ils ont l'air de comprendre le comique des choses, mais leur esprit ne participe certes à cette gaieté qu'ils manifestent que dans une mesure bien minime.

Dans les cas où l'atteinte du mal a été plus profonde, où la déchéance intellectuelle est complète, la terminaison se fait par un état dementiel où peut persister l'agitation. Nous retrouvons alors le négativisme et les stéréotypies dans toutes leurs variétés. Les impulsions diminuent cependant, nous ne trouvons que bien rarement le rire impulsif qui caractérisait pour nous la période initiale ou la période d'état. Seul

le rire stéréotypie persiste avec ses modalités variables.

Si l'agitation ne persiste pas dans l'état démentiel terminal, et c'est là le cas le plus fréquent, nous nous trouvons en présence d'une démence apathique.

Plus de délires, plus d'impulsions, peu de stéréotypies : « Ce qui est caractéristique, écrit M. SÉRIEUX, c'est l'indifférence émotionnelle du malade, son extraordinaire apathie, la ruine de tous les sentiments affectifs, altruistes, éthiques, avec un état de torpeur, plus ou moins profond de toute activité psychique (perte de l'attention, du jugement, etc.) Ces déments précoces recherchent la solitude, gardent le mutisme et l'immobilité, alors même qu'ils ne sont ni délirants, ni désorientés, ni amnésiques, ils ne s'intéressent à rien de ce qui les entoure, ni à leurs compagnons d'infortune, ni à leurs parents dont ils apprennent la mort avec une indifférence complète, le monde extérieur a pour eux cessé d'exister. Bien plus, leur propre sort ne les préoccupe pas. Ils ne demandent jamais leur sortie ; ils ne connaissent point l'ennui ayant perdu tout besoin d'activité psychique et même physique ; ils ne cherchent pas à améliorer leur condition actuelle, ils ne font pas de projets : passé, présent, avenir, rien ne les intéresse, rien ne les émeut. Leur propose-t-on leur sortie, ils l'acceptent passivement : leur déclare-t-on ensuite qu'ils devront rester dans l'établissement, ils acceptent encore, sans protestation. Ils pleurent très rarement.

Chez les déments précoces, on n'observe, en général, ni l'euphorie des paralytiques généraux, des déments organiques ou séniles, on ne constate pas

davantage rien qui ressemble à l'émotivité morbide des dégénérés. »

Chez de tels malades, plus de rires impulsifs, plus de fous rires, quelquefois des rires stéréotypés, mais le plus souvent une sorte de sourire qui donne au facies un aspect de sérénité parfaite. Ce rire n'est pas l'expression d'un état euphorique. Nous venons de voir par la description précédente que les malades sont aussi incapables d'exprimer un sentiment de joie qu'un sentiment de tristesse; ils sont isolés du monde extérieur, et pourtant, lorsqu'on s'occupe d'eux, lorsqu'on leur parle, le plus souvent un sourire a l'air de traduire un vague sentiment de plaisir sur leur visage.

Peut-être ce sourire n'est-il dû, comme le pense DUMAS, qu'à l'hypertonie musculaire subsistant chez certains malades et se diffusant aux muscles de la face suivant la loi de moindre résistance. En tous cas, n'est-il pas curieux de voir que, tandis que, chez l'homme normal, le rire semble suivre une progression ascendante depuis le sourire jusqu'au rire franc, chez nos déments, au contraire, à mesure que leur intelligence s'étiole peu à peu, le rire qui au début se traduisait par des manifestations bruyantes et exagérées subit, au contraire, une gradation descendante pour arriver au simple sourire de la période terminale, alors que l'intelligence a sombré définitivement.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Nous publions quelques observations où les différents types de rire des déments précoces sont assez caractéristiques :

OBSERVATION I

(Extrait de l'article de M^{lle} Pascal sur les Formes mélancoliques de la démence précoce (*Archives de neurologie*, avril, 1907).

M. M..., âgé de vingt-six ans, est entré à la Maison de santé de Ville-Evrard en février 1899.

Antécédents héréditaires. — Grand-père mort aliéné.

Antécédents personnels. — Bonne santé dans le jeune âge. Au régiment une congestion pulmonaire double.

Début. — Les premiers troubles paraissent en 1894, à l'âge de vingt-deux ans. Ce sont des phénomènes vagues de fatigue et d'apathie. Le malade est incapable de faire un effort ou de s'appliquer à un travail sérieux. Il a cherché à faire du théâtre. Sa mémoire était prodigieuse. Les sentiments affectifs vis-à-vis de sa famille s'affaiblissent. Par moments, il a des accès de violence. Dans le milieu où il vivait, il passait pour un original à cause de ses extravagances. Progressivement son apathie s'accroît. A cette dépression croissante s'ajoutent des conceptions délirantes mélancoliques. Il est très conscient de son état et demande lui-même à être soigné dans un asile. Il entre à Sainte-

Anne. Le certificat médical (Dr Dubuisson) relate l'état mental suivant : état de mélancolie anxieuse ; idées de culpabilité, impulsions, incohérence dans les idées et dans les actes, mélange d'idées de persécution et de grandeur. Hallucinations nombreuses, troubles cénesthésiques profonds, il s'imagine être hypnotisé et magnétisé par son entourage. En effet, les troubles cénesthésiques semblent dominer la scène. Son esprit se déplace et son corps reste à Sainte-Anne. Il a la sensation d'être souvent piqué à la fesse. Il a de nombreuses impulsions, des crises d'agitation dangereuses mais de courte durée, elles sont suivies de période de calme. Il demande lui-même à être mis en cellule et qu'on lui mette la camisole de force.

Il passe trois ans à Sainte-Anne, son affection s'aggravait de plus en plus. Il est toujours déprimé et conserve les mêmes idées délirantes. Il a de nombreux moments de lucidité pendant lesquels il apprend des tragédies par cœur (théâtre de V. Hugo) qu'il récite à voix haute. Des tics agitent sa face, particulièrement un clignement des paupières. *Rires explosifs au réveil.*

A son entrée à la maison de santé de Ville-Evrard, en 1896, il se trouve dans le même état de mélancolie. Il demande à aller en cellule car il est le grand coupable ; il a tous les vices, c'est un voleur, il a pris tous les sous qu'il a pu, il mérite d'être enfermé pendant cinq ans.

Il reste des heures entières immobile à fixer le soleil, pour s'étourdir et ne pas voir ce qui se passe en lui et en dehors de lui. Il est d'un peuple conquérant, il faut qu'il satisfasse tous ses instincts. Une voix lui dit qu'il est un « homme de génie ». Tous les directeurs de théâtre le persécutent. Il refuse de manger parce qu'il n'a pas gagné sa vie ; il refuse de même toutes les douceurs que sa mère lui apporte. Nombreuses interprétations délirantes. Hallucination de l'ouïe et de la vue. Il voit à travers les carreaux des enfants qui passent et il distingue la tête de tous ceux qu'il connaît.

Il est toujours magnétisé, on lui envoie des courants à distance. Il demande souvent d'aller en cellule, il ne mérite pas de vivre au milieu des autres. Il s'excite facilement. Impulsions dangereuses. Attitude préoccupée et triste.

Instants lucides, où il lit beaucoup, mais presque toujours le même livre. Parfois besoin de mouvement, il marche beaucoup, il fait plusieurs fois le tour du jardin, dans le même sens; il fait souvent des sauts ou il s'étend par terre. *Explosions de rires fréquentes*. Quand il cause, il s'anime, toute sa figure se contracte, nombreux spasmes de la face.

Réflexe conjonctival normal, mydriase, pas d'Argyll; réflexe rotulien et des poignets normaux; réflexe crémastérien aboli; réflexe plantaire, normal à droite, aboli à gauche; réflexes massétéris normaux; pas de dermatographe; pas de clonus; réflexe abdominal à droite, aboli à gauche, sensibilité à la douleur normale.

OBSERVATION II (même source).

N..., étudiant en médecine, âgé de trente ans. Début à dix-huit ans par une longue période prodromique caractérisée par de la dépression morale. Progressivement s'affirment divers phénomènes psychasthéniques : fatigue psychique, nombreuses obsessions et phobies; idées hypochondriaques. Il croyait avoir toutes les maladies et redoutait les microbes. Lorsqu'il recevait une lettre de ses amis il prenait de nombreuses précautions antiseptiques : cette phobie fut la source des premières idées de persécution qui précédèrent de quelques années l'internement.

Les interprétations délirantes, les hallucinations, les troubles cénesthésiques, la dépression morale avec des crises d'anxiété ouvrent la scène morbide de la période initiale. Il est obsédé par des idées d'empoisonnement. Il a des battements de cœur et des accès de suffocation, des bourdonnements d'oreille qu'il considère comme des troubles d'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Plusieurs tentatives de suicide.

Interné à Sainte-Anne en février 1899 et à Ville-Evrard le 5 avril de la même année. Il est déprimé, triste, pleure souvent ; il a conscience de son état : « je suis perdu, je vais mourir, je sens que je deviens fou », par moments il a de véritables crises d'angoisses accompagnées de phénomènes d'oppression et de battements de cœur.

Il a une céphalée violente, dit avoir la tête en feu, que son cerveau tourne de l'axe du crâne. Il ne veut pas expliquer la cause de sa tristesse, mais dit avoir un gros chagrin depuis trois ans. « Je suis tombé neurasthénique comme une feuille morte, personne ne veut le croire. » Il a de nombreux scrupules, il s'accuse d'avoir fait du mal à ses amis et à sa famille. « Depuis dix mois, on me congestionne. On m'a fait avaler tous les poisons et tous les bacilles, sans que mon expérience ait répondu autrement que par le sourire. On m'a placé ici sous le coup d'accusation infamante d'espionnage. Un sinistre gredin a profité de mon internement pour m'accuser d'être un espion, de vouloir tuer mon frère, mes amis, les gens, d'avoir négligé mon service, d'être un anarchiste, de conspirer contre le gouvernement. »

Les hallucinations sont nombreuses et portent sur tous les sens.

De temps en temps, il manifeste des idées de grandeur. « La franc-maçonnerie a pour but de tuer mon génie, soit par l'assassinat, soit par le trauma de sensibilités contrariées. Mon internement amènera le malheur universel. Depuis dix mois, on insulte en moi l'art, la science et l'imagination créatrice. »

Ces idées de grandeur, comme les idées de culpabilité et d'expiation, tendent à s'effacer de plus en plus. Ces dernières apparaissent encore dans les moments d'angoisse, mais à mesure que la maladie progresse les troubles cénesthésiques et les idées de persécution tendent à occuper le premier plan.

Il sent continuellement des coups de couteaux qu'on lui enfonce dans le corps et, du matin au soir, son corps engraisse et maigrit alternativement. Il reste immobile sur une chaise longue des heures entières. Il est sobre de gestes et de paroles.

Ces phases de dépression sont interrompues brusquement par des impulsions violentes : il s'est jeté plusieurs fois sur un infirmier pour l'étrangler. *D'autres fois, ce sont des explosions de rires brèves ou de véritables crises de fou rire durant environ une demi-heure et se terminant par des crises de larmes qui viennent interrompre la dépression.*

Dans ses écrits, on remarque de nombreux néologismes. Parfois les phases de dépression alternent avec des phases d'excitation de courte durée : le malade marche alors beaucoup, fait le tour du jardin, du matin au soir, dans le même sens. Cette agitation est quelquefois muette, caractérisée uniquement par la richesse des gestes et des mouvements. D'autres fois, il répète à haute voix pendant des heures la même phrase : « La ruine, la ruine ou la république. »

L'observation suit le malade pendant quelques mois ; on y retrouve au milieu des phases de dépression et d'excitation, des impulsions de colère, du négativisme et souvent les accès de rire tantôt explosifs, tantôt inextinguibles signalés au cours de l'observation. En février 1900, le malade est devenu catatonique.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance du Dr Jean Courjon.)

C..., vingt-trois ans. Célibataire. Employé de commerce.
Antécédents héréditaires. — Père nerveux. Pas de crises.

Mère bien portante. Huit frères et sœurs. Cinq morts de méningite à quatre et cinq ans. Un autre mort à vingt-cinq ans de tuberculose.

Antécédents personnels. — Jamais de maladie. Pas de convulsions. Était employé au greffe depuis l'âge de dix-sept ans.

En 1902, pendant une représentation de théâtre, sans prodromes, il tomba et perdit connaissance. Quelques secousses convulsives, ni mictions, ni morsures involontaires.

Il eut trois crises analogues à la suite desquelles il reprit son travail le lendemain.

Il dit qu'à chacune des crises, le début a été marqué par des hallucinations visuelles.

Il voit quelque chose devant lui, est pris d'un malaise et ne se souvient plus.

Depuis l'apparition des crises, il dormait très mal ; la mère remarqua la diminution des sentiments affectifs. La nuit, il éclatait de rire jusqu'à en pleurer.

Rire bruyant, réveillant les personnes qui étaient autour de lui.

En août 1904, il commença à se plaindre de céphalées.

En janvier 1905, il devient de plus en plus bizarre, il a des accès de fou rire pendant le jour ; il dut cesser tout travail ; chez lui il dessinait, ses dessins étaient bien, mais tout autour il mettait des réflexions incohérentes, il disait qu'on lui défendait d'écrire. Il parlait de prophète chinois, il lisait les ouvrages de Victor-Hugo, d'Alexandre Dumas. Il mangeait par toquades.

Hallucinations : il voyait des bêtes et pour cela, pendant des mois, ne voulait pas se déshabiller.

Se mit alors à parler par signes. Ne répondait même plus aux questions qu'on lui posait, ne lisait plus. Indifférent à tout ce qui l'entourait. Jamais de violences. Il n'était pas gâteux. C'est alors que ses parents le font interner (août 1905).

Lorsqu'on l'a conduit à Sainte-Anne, il s'est débattu sans crier. A l'asile, il est resté docile. Avant son internement, il est resté trois jours sans vouloir prendre aucune nourriture.

Il entre à Villejuif, dans le service du Dr Pactet, le 17 août. Le malade ne dit rien, il reste immobile pendant longtemps dans un coin de la cour, puis il se met à marcher. Lorsqu'il se promène, il suit régulièrement le même trajet. Il semble triste, sa physionomie exprime même l'anxiété, il conserve les attitudes qu'on lui donne. Il reste étranger à tout ce que l'on fait ou dit autour de lui. Ne se lave pas. Ne mange pas seul, il faut l'alimenter à la cuiller, mais il se laisse faire assez facilement. En revanche, il mange seul les desserts qu'on lui présente.

Trois jours après son entrée il présenta une attaque convulsive semblable aux premières.

Avec une régularité mathématique, chaque matin, au coup de sifflet, il se lève, s'habille, puis, pendant toute la journée, suit le même trajet sur deux planches de parquet de la salle : le soir, dès que le gaz s'allume, il se déshabille et se couche.

Les réflexes sont exagérés. Négativisme : résiste quand on lui ouvre la bouche.

Décembre 1905. — Le malade a changé, ne veut plus se lever, il faut l'habiller de force : il se promène ensuite jusqu'à ce qu'on l'arrête. Si on l'asseoit il reste assis jusqu'à ce qu'on le relève. Il ne veut plus manger. Va spontanément à la selle.

Puis, pendant plusieurs mois, il reste en état de stupeur. La contraction persiste.

Puis, à partir de janvier 1907, l'état stuporeux disparaît peu à peu : il ne conserve plus aussi bien les attitudes. A partir de ce moment il se met à proférer quelques paroles rares, au hasard. En mai 1907 il présente les symptômes que l'on retrouve sans aucun changement à l'heure actuelle.

Le malade se tient très droit, se promène les deux mains

dans ses poches : ne s'intéresse pas à ce qui l'entoure, il mange seul et s'habille seul, son état physique est bon, il ne se lave pas, il faut le débarbouiller. Parle seul presque constamment : ce sont des mots, quelques phrases sans suite, n'ayant aucun lien qui puisse les rattacher. Il répète parfois plusieurs fois le même mot. Lorsqu'on lui parle, il répond par un mot quelconque pris au hasard. Il continue à parler ensuite sans qu'on puisse l'arrêter, c'est une salade de mot.

Son attitude est prétentieuse, arrogante même, il vous dévisage et se met à rire ; c'est un rire qui n'est pas bruyant, il semble se moquer de son interlocuteur, on remarque également du clignotement des paupières (blépharospasme). Lorsqu'il est tout seul il sourit fréquemment tout en parlant seul.

On remarque qu'il rit surtout lorsqu'il prononce certains mots, tel que le « lion noir », « le prophète chinois ». C'est alors un rire stupide, inexplicable, se rapprochant de l'accès de fou rire, mais s'en différenciant cependant en ce qu'il n'est pas bruyant.

Il est difficile de voir s'il y a des hallucinations.

En somme, ce qui est à noter chez ce malade ; ce sont les crises convulsives qui ont marqué le début de l'affection, ensuite l'évolution de cette affection, la perte des sentiments affectifs, les crises de fou rire, la période catatonique avec état de stupeur et, enfin, la période actuelle où le malade semble être un hébéphrénique avec son attitude maniérée, son rire spécial, semblant moqueur parfois, d'autrefois véritablement stupide.

OBSERVATION IV (personnelle).

Julie M..., trente ans.

Ne présente pas d'antécédents héréditaires bien nets, Père et mère bien portants.

Personnellement a toujours été un peu nerveuse, se met-

tait facilement en colère, mais était très intelligente et apprenait très bien.

Elle n'a jamais eu de crises.

Les premiers troubles ont apparu en 1900 par des modifications du caractère.

Elle présentait tantôt des idées de persécution, se figurant que tout le monde lui en voulait, ou autrefois restait dans l'indifférence la plus complète, refusant de s'occuper à tous travaux.

Internée à Bicêtre le 8 mars 1901. Le certificat est ainsi conçu :

Hébéphrénie caractérisée par des périodes de dépression mélancolique avec idées de persécution, et excitation avec rires, danses, etc. Signalée comme hystérique (D^r Bourneville).

Passe à Villejuif.

1^o Dépression mélancolique avec hallucinations probables, mutisme, impulsions (D^r Briand, 24 avril 1907);

2^o Dépression mélancolique avec agitation, gâtisme, tendance à la démence (D^r Briand, 6 septembre 1907).

Transférée à l'asile de Moisselles le 24 mars 1908.

A l'examen, c'est une forte fille, adipeuse. L'air hébété. Elle fait des grimaces continuellement et présente un tremblement continu des paupières.

Elle présente de la cyanose des extrémités.

Les réflexes sont très exagérés. Elle ne présente pas de catatonie.

La première fois que nous l'avons examinée, elle a gardé un mutisme complet, refusant de répondre aux questions posées si ce n'est par des explosions de rire caractéristiques. Explosions survenant brusquement pendant laquelle elle projetait de la salive, secouait son thorax, puis s'arrêtait subitement pour retomber dans son mutisme.

Elle s'est prêtée plus volontiers à un deuxième interrogatoire, mais pour ne nous répondre que par paroles absolument incohérentes qu'elle entrecoupait d'explosions de

rire. Présente un maniérisme caractéristique dans sa démarche et dans ses réponses qui sont invariablement « sais pas, connais pas » et qu'elle prononce avec un fort accent gascon.

Elle est absolument inconsciente de sa situation, ignore où elle est.

Apathie et indifférence totales.

On lui demande si elle désire sa sortie, elle répond en haussant les épaules.

Au quartier, elle est difficile à soigner, résiste à tout, n'est pas obéissante, refuse de s'employer à quoi que ce soit. Se moque de ses compagnes, leur rit au nez ou leur fait des grimaces, bavarde continuellement pour dire des phrases sans suite. Ne s'intéresse à rien de ce qui se passe autour d'elle. Ne se plaint pas, ne pleure pas, reste assise dans son coin. Ne prête aucune attention à sa famille qui vient la voir.

Présente par moments des périodes d'agitation où elle se promène en chantant, et où elle a des tendances à la violence, mais ne paraît présenter ni hallucinations, ni délire.

En somme, état démentiel très avancé, avec négativisme, impulsions, dont le rire explosif qu'elle présente est une manifestation typique, stéréotypies (rires stéréotypés).

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le Dr Leroy.)

P... Marie.

Pas d'hérédité connue.

A présenté à seize ans, de légers troubles intellectuels consistant en confusion mentale.

Entrée à l'asile d'Evreux avec le diagnostic : Hystérie à forme délirante. Avait été novice dans un couvent de sœurs qu'elle a quitté parce que ce n'était pas sa vocation.

Avant son entrée à l'Asile, une personne a dit à sa mère

qu'elle l'avait rencontrée dans la rue, riant toute seule aux éclats.

A son entrée, on note une agitation délirante qui augmente chaque jour. Se déshabille, se met toute nue, est très désordonnée, déchire ses vêtements, crie, chante, *rit seule*, fait des gestes, puis devient triste et anxieuse, cherche à se jeter par la fenêtre. Très hallucinée, les démons vont la jeter en enfer : elle brûle, elle est en enfer, elle est dans la terre, elle est perdue. Mange très difficilement, résiste parfois.

Présente des idées mystiques, elle est au Paradis, elle voit Dieu, tantôt, au contraire, elle se croit en enfer. Présente des alternatives d'excitation où elle est très violente, se débat, est très difficile à maintenir, et au contraire, des périodes de dépression.

Reste quelquefois une journée ou deux sans manger.

Lorsqu'on lui demande : Comment allez-vous ? Elle se met à rire et ne répond rien. Voulez-vous vous en aller ? Ça ne me fait rien.

Puis, peu à peu, elle ne répond plus que par des monosyllabiques, oui ou non.

Elle devient gâteuse par intervalles. Pourtant, on ne note pas de perte des sentiments affectifs : elle aime toujours bien ses parents.

Etant en période d'accalmie, ses parents la font sortir : elle n'en manifeste aucune émotion, s'habille machinalement.

A été examinée chez elle, où elle restait au lit, ne voulant pas se laisser regarder, résistant à tout, refusant de parler et de manger, riant de temps à autre aux éclats sans que rien ne puisse expliquer ces crises.

Les périodes d'excitation ayant réapparu, elle entre de nouveau à l'Asile où, après examen, on porte le certificat suivant.

« Démence précoce caractérisée par un état de stupeur catatonique entrecoupé d'agitation et d'actes désordonnés

Le négativisme a apparu très net.

Elle refuse de s'alimenter, ne répond pas aux questions, va à droite quand on lui dit d'aller à gauche.

Les stéréotypies sont également très nettes. Tient les mains croisées sur la poitrine. Reste la tête appuyée contre la croisée. Souvent fait des grimaces et semble rire. D'autres fois au contraire elle présente des phénomènes d'écholalie répétant les mots qu'elle entend prononcer, ou bien rit aux éclats en répétant les paroles de l'interne.

L'observation suit la malade pendant une année où elle présente des périodes d'excitation et de dépression pendant lesquelles le négativisme, quelquefois remplacé par une suggestibilité exagérée, et les stéréotypies persistent. A chaque instant elle sourit en marmottant seule, ou rit pendant des heures sans pouvoir s'arrêter.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Dr Leroy.)

Clotilde L..., cultivatrice, vingt-sept ans.

On ne trouve pas d'antécédents héréditaires. Le père et la mère jouissent d'une excellente santé.

La malade a été bien portante jusqu'à l'âge de seize ans. Grandes difficultés au moment de l'apparition des règles.

Dès cette époque, on remarque tantôt une excitation plus ou moins vive, une tendance à la loquacité, à la susceptibilité, à l'emportement, aux caprices ; tantôt de la dépression avec indifférence et apathie.

Certains excès alcooliques sont à signaler : la malade buvait de l'eau de vie en cachette.

La malade a eu trois grossesses pendant lesquelles on remarquait une amélioration notable, mais depuis le dernier accouchement l'excitation a reparu plus forte que jamais : Elle récrimine continuellement contre son mari qui a fait mettre des horreurs sur son compte dans les jour-

naux. Entre dans de violentes colères, devient méchante et frappe.

Premier internement en juillet 1896.

Le certificat de quinzaine est ainsi conçu :

« Excitation maniaque avec incohérence dans les idées et dans les actes. Elle manifeste des sentiments de haine contre son mari, elle pleure et rit sans motifs; est incapable de se livrer à une occupation suivie. Cherche constamment à s'évader ».

Septembre 1897. — Est dans un état de grande agitation avec désordre complet dans les idées et dans les actes, turbulence extrême; elle pousse des cris, est violente, déchire ses vêtements, se déshabille et se roule par terre.

Présente du délire de persécution. Son mari est une brute, un carcan qui veut lui faire du mal.

Elle ne semble pas présenter d'hallucinations de l'ouïe ou de la vue. Depuis quelques temps elle est devenue gâteuse. Elle peut pourtant, malgré son agitation, s'occuper à la couture.

Elle mange bien, pleure quelquefois mais rarement, le plus souvent rit à gorge déployée : « dit qu'elle ne peut nous regarder sans rire, qu'elle est sérieuse comme un âne qui boit dans un seau, qu'elle est venue au monde en riant, mais qu'il ne faut pas longtemps pour que la moutarde lui monte au nez ».

Janvier 1898. — L'excitation persiste, la malade cause seule, fait des gestes extravagants, rit constamment, quelquefois avec tant de force qu'elle se laisse tomber à terre pour se tenir les côtes. Elle rit en faisant des grimaces.

Mai 1898. — La malade est plus calme depuis trois mois, on lui accorde sa sortie.

2^e internement en décembre 1901. — Le père raconte que depuis six mois elle a repris ses idées de persécution à l'égard de son mari et qu'elle présente un désordre complet dans ses actes et ses paroles. Quitte sans cause sa maison pour ne rentrer que le lendemain, attache des

rubans à ses vêtements, arrache tous les légumes de son jardin.

Présente des hallucinations : entend des coups de fusil. Des serpents sifflent dans son lit, et lui mangent le cœur. Se lève la nuit et crie.

Septembre 1902. — Toujours très agitée, très loquace. Enfile des mots sans suite, fait des grimaces d'une façon continuelle, adopte des positions bizarres qu'elle garde pendant des heures.

Rit sans motifs et brusquement.

Février 1904. — Plus calme, reste assise sur un banc, complètement inactive, rit sans motif et à gorge déployée, ou bien sourit en marmottant, ne s'occupe à rien, et ne prête aucune attention à ce qui se passe autour d'elle ; se cache la figure dans son mouchoir ou dans son tablier.

Présente de la cyanose des extrémités. Agitation catatonique avec gestes stéréotypés. Grimaces, attitudes singulières, verbigérations, rires sans motifs, impulsions de toutes sortes.

OBSERVATION VII

(Extraite de la thèse de Raulin, *le Rire et les exhalants*, Paris, 1899.)

Antonia (E.), jeune fille du Tyrol autrichien. Décembre 1887.

Au commencement la malade était gaie et assez causeuse, les yeux un peu fixes.

Phases de tristesse et d'excitation ; la malade entre à Sainte-Anne vingt jours, puis à la Salpêtrière en mars 1888.

On la signale à son arrivée comme une jeune fille de vingt ans : les traits réguliers, le teint coloré. Elle reste immobile sur son siège, la tête penchée, semblant réfléchir profondément. Parfois elle rit quand on lui parle et retombe dans son mutisme ; au commencement de mai, stupeurs ;

son état indique un ralentissement de la circulation : cyanose des extrémités, pouls petit, régulier à 52, température au-dessous de 37 degrés; elle présente des alternatives d'hébétude et de rires sans fin.

En juin, même état : tantôt elle se cache dans un coin, résiste énergiquement quand on la tire, vous regarde en riant et en pleurant ; en juillet, l'état général reste le même, mains froides et violettes; elle tient la tête penchée, se bandant quelquefois les yeux, avec éclats de rire explosifs par moments : « je ne puis pas faire autrement » répond-elle, quand on lui en demande la raison.

En décembre même état, alternatives d'excitation et de dépression plus fréquentes avec rires explosifs sans motifs ; marmottement, balancement à la manière des idiots.

Les poses plastiques ne suggèrent aucun jeu de physionomie comme il arrive chez les hystériques hypnotiques; le stade de stupeur est celui où la respiration est superficielle et peu profonde ; le thorax se soulève à peine; type de la respiration mélancolique avec brièveté de la ligne d'inspiration.

Nous avons noté chez notre malade des rires subits explosifs : ces rires qui la prennent ainsi pendant les attitudes cataleptoïdes provoquées se traduisent sur les tracés par une ascension reproduisant une expiration brusque plus ou moins prolongée. Malgré cela cette expiration plus ou moins longue n'est pas suivie d'une chute brusque en sens inverse trahissant une inspiration compensatrice, mais la respiration reprend de suite les mêmes caractères qu'elle avait avant le rire. Ces rires se présentent toutes les minutes à peu près, isolés et brusques, ou rapprochés et prolongés.

Mais dans aucun cas il n'y a ensuite de chute brusque au-dessous de la ligne ordinaire de la respiration qui reprend tout de suite ses caractères sans inspiration compensatrice.

OBSERVATION VIII (personnelle).

R..., Louise, vingt-neuf ans.

On possède peu de renseignements sur ses antécédents héréditaires et personnels.

A pourtant été intelligente dans son jeune âge. Elle a été internée parce qu'elle entendait des voix, mais elle ne comprenait pas ce que les voix disaient.

Elle est à l'asile de Moisselles depuis octobre 1906. C'est une grande fille, qui présente une adiposité énorme.

Les réflexes sont exagérés.

Troubles vaso-moteurs des extrémités.

Pas de stigmates physiques de dégénérescence.

Présente le type d'une démence précoce ayant évolué rapidement. La démence terminale est totale.

Quand on l'interroge, elle tourne invariablement la tête à droite et répond par des monosyllabiques. « Voulez-vous vous en aller ? Non. » « Que désirez-vous ? Rien. »

Présente une suggestibilité exagérée. On la fait s'asseoir, se lever, sortir rentrer, courir au commandement.

Ne s'ennuie pas, n'a aucun désir, ni aucune émotion, ne sait pas son âge.

Se traîne dans le jardin pendant des heures et ramasse des cailloux.

Gâteuse par intervalles.

Ne présente ni hallucinations, ni délire, elle est toujours calme, pas méchante, mais incapable de s'occuper à quoi que ce soit.

Marmotte le plus souvent entre ses dents des paroles intelligibles.

Toutes les fois qu'on passe près de cette malade, qu'on la regarde ou qu'on lui adresse la parole, on voit s'épanouir sur sa face un sourire de béatitude, tandis qu'elle tourne la tête du côté droit. Ce sourire est invariable, il persiste

pendant tout le temps où la malade voit qu'on s'occupe d'elle ou tant qu'on lui adresse la parole. Puis elle retombe dans son indifférence et dans son apathie.

Jamais d'explosions de rires bruyants.

Cette malade ne présente pas de phénomènes catatoniques et pas de stéréotypies du visage. Elle sourit rarement toute seule.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le rire, ainsi que la gaîté, le plaisir et la joie, étant d'ordinaire l'expression de la santé et même de l'exubérance de la vie, il semble paradoxal de les retrouver en terre pathologique et pourtant ils y fleurissent souvent. Toutefois, comme l'ont montré M. le professeur PIERRET et SIKORSKI, tandis que le rire de l'homme sain est homogène, le rire de l'aliéné est excessif, lent, discordant, dissocié ou fugitif; aussi nous importe-t-il maintenant de passer rapidement en revue les différents rires pathologiques qu'on peut le plus facilement confondre avec le rire des déments précoces, et, pour ce faire, nous envisagerons le rire des hystériques, des autres déments (déments organiques et déments paralytiques), enfin, des imbéciles et des idiots.

A. LE RIRE HYSTÉRIQUE

Il n'est pas étonnant qu'on puisse confondre le rire dans l'hystérie avec le rire, sous certaines formes du moins, dans la démence précoce, puisque souvent les deux maladies, au début, ont été confondues : je n'en veux pour exemple qu'un certain nombre d'observa-

tions du *Traité sur l'hystérie* de BRIQUET qui ne sont, à coup sûr, que des observations de déments précoces.

Encore existe-t-il un début hystériforme de la démence précoce où le rire se manifeste souvent.

C'est sous sa forme de fou rire irrésistible, inextinguible, incoercible, que le rire des déments précoces peut être confondu avec le rire des hystériques : chez ceux-ci, jamais rien qui ressemble au rire impulsion ou au rire stéréotypie. Aussi n'est-il pas étonnant que certains auteurs, comme M. le professeur RÉGIS, considèrent comme spécial au début hystériforme ce fou rire des déments précoces ou que d'autres, comme MM. SEGLAS et CHASLIN, prétendent que le rire qui survient au début chez des malades, chez qui l'évolution de la maladie permet d'affirmer la démence, comme le cas de HECKER que nous publions au début de cette étude, n'est qu'un rire hystérique.

Mais, en réalité, ces deux sortes de rire se ressemblent beaucoup.

Toutefois, dans la démence précoce, l'indifférence émotionnelle est de règle, jamais le fou rire n'est la traduction d'un sentiment de gaieté. Il est pathologique, non seulement dans son expression désordonnée, mais encore par toute absence de cause. Il prend, dès le début de la maladie, le caractère d'une impulsion, il n'est presque jamais accompagné de phénomènes convulsifs.

Dans l'hystérie, ce même rire peut être, en somme, un rire logique, comme dans ce cas cité par Pierre JANET et RAYMOND où la malade souffrait depuis plus de quatre mois d'un rire perpétuel accompagné d'une

gaité continue : tout ce qui l'entourait lui semblait ridicule et elle donnait libre cours à son humeur joyeuse. Ce rire avait évidemment une cause, et n'était anormal que par sa persistance : il cessait pendant le sommeil et diminuait rarement à l'état de veille.

Les auteurs qui se sont occupés du rire hystérique lui donnent des interprétations diverses.

Pour les uns, comme DEJERINE, l'accès de rire hystérique serait un épiphénomène des attaques convulsives et, par là même, secondaire :

1° Ce paroxysme du rire peut se produire immédiatement avant une attaque convulsive sous forme d'aura. Il ne fait pas partie de la crise ;

2° Il peut jaillir simultanément avec les convulsions, les malades riant à gorge déployée tandis que leur corps s'agite désespérément ;

3° Il peut enfin survenir à la fin de l'attaque convulsive générale comme un symptôme de résolution.

Dans de tels cas, le rire des hystériques est facile à différencier de celui des déments précoces, les attaques convulsives n'existant pour ainsi dire pas chez ces derniers. Mais il est d'autres auteurs, comme GRASSET, qui distinguent deux classes de convulsions hystériques, générales ou partielles et, pour eux, le rire hystérique ne serait qu'une crise convulsive d'ordre partiel, indépendamment des attaques convulsives générales.

Ici, si l'on s'en tenait au rire même, une distinction serait bien difficile à établir, puisque nous retrouvons le même mode d'expression et la même absence de cause dans cette expression.

Toutefois, le dément précoce, qui rit sans cause, sait toujours qu'il a ri, tandis que l'on voit souvent chez les hystériques, précisément dans ces cas où le rire constitue le seul phénomène de l'attaque convulsive, une perte totale de la conscience : lorsque le rire s'apaise, le malade ne se rappelle absolument rien.

En somme, dans l'hystérie et la démence précoce, cette manifestation du rire rappelle nettement le fou rire, qui se manifeste chez les gens normaux, et il faut souvent se livrer à une étude sévère des stigmates de la névrose ou des signes de la démence pour les différencier, et le problème est d'autant plus compliqué que la plupart des phénomènes catatoniques de certains déments précoces se rencontrent dans l'hystérie, et réciproquement, la plupart des accidents hystériques, nerveux ou psychiques, dans la catatonie. Le seul caractère différentiel est l'affaiblissement intellectuel certain des déments précoces, mais, avant son apparition, il serait, certes, très problématique de se baser sur le symptôme commun « rire » pour étayer un diagnostic.

B. — LE RIRE CHEZ LES DÉMENTS ORGANIQUES.

De très nombreux malades hémiplégiques ou paralytiques pseudo-bulbaires atteints de lésions organiques plus ou moins anciennes du cerveau, tels que des foyers d'hémorragie, de ramollissement, de désintégration lacunaire présentent indépendamment des troubles moteurs dus à leur hémiplégie et des signes

d'affaiblissement intellectuel, en général proportionnés à leur âge et à l'étendue de leur lésion, des troubles plus ou moins accusés de l'expression mimique, le principal étant le rire et le pleurer spasmodiques.

Ce syndrome, qui a fait le sujet d'une remarquable leçon du professeur BRISSAUD, est caractérisé par des accès involontaires et incoercibles de secousses spasmodiques de rire et de pleurer, qui s'emparent des malades sous l'influence de la moindre excitation et leur impose ainsi des manifestations mimiques tout à fait en désaccord avec leur état émotif.

Dès qu'on s'approche d'eux, on voit ces malades rougir, donner des signes d'inquiétude, puis, immédiatement, tout à fait indépendamment de leur volonté, éclate un accès de rire spasmodique dont les convulsions expiratoires, saccadées et incoercibles ne cessent qu'à des intervalles réguliers, pour reprendre à la moindre excitation.

D'autres fois, le rire est remplacé par le pleurer, qui éclate de la même façon. Quelquefois, l'un et l'autre se succèdent sans interruption.

Au milieu de tels troubles de la psycho-réflexivité, l'examen de l'état mental chez un malade est parfois difficile à faire. S'il est des cas où ce rire et ce pleurer spasmodiques sont sous l'effet d'une sensiblerie toute démentielle, il en est d'autres où malgré la lésion, l'intégrité de l'état mental est absolue ; aussi, beaucoup de malades souffrent cruellement de cette disposition à rire à l'excès et comprennent parfaitement le ridicule de cette manifestation.

Ainsi envisagé, ce rire présente de grandes analogies

avec le rire explosif ou le « fou rire », que nous avons décrit chez les déments précoces.

Toutefois, tandis que chez les déments organiques les explosions de rire spasmodique sont sous la dépendance d'une excitation, même minime, telle qu'une parole adressée au malade, ou simplement l'attention qu'on lui prête, chez le dément précoce, ce rire éclate en dehors de toute excitation extérieure : il rira tout seul dans une pièce, ou dans la rue, ce qui n'arrivera pas au dément organique.

D'autre part, tandis que chez ce dernier le rire et le pleurer spasmodiques coexistent le plus souvent, jamais nous ne trouverons de pleurer spasmodique chez le dément précoce qui pleure le plus souvent de façon silencieuse, où à la période terminale de ses crises de rire. Enfin, il n'a pas de lésion ou tout au moins de lésion connue, tandis que la lésion du rire et du pleurer spasmodiques a été nettement localisée par le professeur BRISSAUD dans le segment antérieur de la capsule interne. L'examen mental approfondi permettra le plus souvent de faire le diagnostic de ces deux rires. En tous cas, on peut dire que si l'un et l'autre sont l'expression d'un état émotif ou nul, ou tout à fait disproportionné aux manifestations qu'il suscite, l'organique souvent souffre de ce rire dont il perçoit tout le ridicule, le dément précoce n'en souffre jamais.

En dehors du rire et du pleurer spasmodiques, il n'est pas rare de voir que les divers syndromes psychopathiques que peut susciter la démence organique combinent leurs expressions ou bien à celle produite par l'affaiblissement intellectuel complet, et alors nous

retrouverons sur le facies des malades un sourire commun à tous les vieux déments : le dément précoce, à la période terminale, n'en est pas exempt ; ou bien par diverses modifications pathologiques (paralysie faciale, ophtalmoplégie, asymétrie, tics, spasmes), et alors nous retrouvons dans l'expression de gaîté que peut présenter le facies du malade, des rictus ou des phénomènes d'hémimimie qu'il faudra bien se garder de confondre avec les stéréotypies des traits du visage que l'on trouve chez l'hébéphrénique ou le malade en état d'excitation catatonique.

C. LE RIRE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Les paralytiques généraux rient depuis le début de leur affection jusqu'à la période terminale, mais la pathologie de leur rire est presque toujours d'ordre intellectuel, en effet, ce qui domine chez le paralytique général c'est ce délire expansif persistant, tandis que s'installent progressivement ces phénomènes démentiels.

Souvent, au début, il exprime sa joie uniquement par un tremblement des commissures des lèvres ou de l'angle externe des yeux, puis à mesure que les idées se pressent en foule dans son cerveau, rapidement associées, il éprouve un irrésistible besoin d'agir, il se lève, s'assoit, gesticule, est d'une exubérance caractéristique : la joie semble déborder sur son visage. Et, en effet, il a des illusions de santé, de position, de fortune : rien de plus logique qu'il éprouve une gaîté insensée, et de là même une bienveillance qui se mani-

feste vis à vis de tous, par des serremments de mains protecteurs ou des gestes familiers à l'égard du médecin.

Au début, ces manifestations peuvent être uniquement l'expression du délire expansif, mais, petit à petit, les signes de démence apparaissent frappants, sans que cette joie en soit diminuée. « La mémoire tombe, écrit MAGNAN, aux questions sur son âge, sur le quantième du mois, le malade répond sans s'émouvoir, souvent même en riant, qu'il ne sait pas, qu'il n'a pas d'almanach. Ou de cette sorte : c'est le 34 mars ; j'ai neuf ans. Corrige-t-on son erreur, il sourit. »

Ou bien, dans d'autres cas, tandis qu'il vous raconte le récit de ses malheurs on le voit rire de bonheur en lui affirmant qu'il est le plus heureux des hommes ; car chez lui chaque idée vit par elle-même, et, indépendamment de sa voisine, preuve d'une désintégration psychique complète.

De même, il y a chez lui une incoordination mentale absolue, et souvent l'expression mimique trahit sa joie intime : on le voit éclater en sanglots, tandis qu'il affirme qu'il est le plus heureux des hommes, puis simultanément il se remet à rire, présentant souvent cette expression mimique dissociée, discordante, étudiée par JOURDIN dans sa thèse. Souvent même, lorsque la physionomie ne traduit pas avec intensité cette joie, elle conserve de façon persistante une expression de satisfaction et de bienveillance niaise.

« Inconscient de sa déchéance, écrit M. RAULIN, il a ri de son bien-être sans souci, de sa fortune imaginaire ; il a ri d'abord de son activité simulée, de ses gran-

deurs; il a ri de sa faim, de son bon appétit, de sa pitance; il a ri du rire d'excitation, du rire de stupeur, et jusque dans l'agonie, ses lèvres s'amuseut encore de sa dernière digestion. »

DUMAS cite l'exemple d'une malade qui mourait et ne cessait de répéter avec une expression de rire caractéristique : « Oh ! que je suis contente, que je suis contente ! »

Rien de tel chez le dément précoce.

Tandis que chez le paralytique général persiste jusqu'au dernier jour ce délire polymorphe de grandeur, qui trouve dans le rire, son expansion naturelle, on ne voit jamais le dément précoce posséder cette exitation intellectuelle permanente : L'élément intellectuel, pas plus que l'élément émotif ne président à ses explosions de rire. Que ces rires prennent quelquefois la même allure, soit dans ses manifestations bruyantes, soit dans cette mobilité de visage (stéréotypies des déments précoces), cela est fort possible, mais il suffira d'un examen rapide pour se rendre parfaitement compte de leur nature totalement différente.

D. — LE RIRE DES IMBÉCILES ET DES IDIOTS.

Dans toute la classe des dégénérés qui constituent les débiles, les imbéciles et les idiots, nous trouvons des manifestations fréquentes de gaîté, et ces manifestations sont vraiment de toute nature dans leur expression.

Chez les imbéciles, la joie provient, le plus souvent, non plus de ce délire expansif caractéristique du para-

lytique général, mais d'un sentiment intime de satisfaction personnelle, d'un sentiment de vanité qui se traduit par le sourire plutôt que par le rire, lorsqu'on leur fait des compliments.

Chez les idiots, les manifestations du rire sont les plus variables.

Les uns calmes, tranquilles, tout à fait inoffensifs sont constamment joyeux, d'une joie sans explosion brusque, leur visage s'empreint d'un sourire qui se manifeste en toute circonstance, lorsqu'on leur parle. qu'on les flatte, qu'on leur apporte à manger, qu'on leur joue de la musique, etc... Ce sourire est assez semblable à celui des vieux déments.

D'autres, au contraire, ont des moments d'impulsion : Cette impulsion se manifeste par des colères, ou par des accès de joie bruyants : Ils rient follement, d'un rire qui ressemble au fou rire et qui se termine souvent par les larmes. Ce rire prend alors une forme spasmodique.

D'autres enfin poussent de petits cris étouffés comme s'ils voulaient mettre un frein à leur gaité.

« Les idiots, écrit Ribot, peuvent être réduits aux seuls besoins nutritifs sans autres indices de plaisir ou de peine que des grognements sourds, des cris aigus ou un rire strident : C'est un stigmate de l'avortement psychique analogue au rire béat qui marque la dissolution de la vie affective. »

Enfin, il est des microcéphales, dont les manifestations sont réduites au minimum, et dont les yeux brillent sous l'influence du plaisir.

A première vue, on pourrait confondre un jeune

idiot avec un dément précoce, leurs manifestations de joie ont souvent l'air d'être les mêmes. Chez celui-là, les anamnétiques, ces stigmates physiques de dégénérescence, feront reconnaître la déchéance intellectuelle de nature congénitale ; et puis, tandis que chez l'un, nous l'avons dit, le rire se manifeste avec une indifférence émotionnelle complète, chez l'autre, il tend à prouver que le rire et le sourire expriment originellement la joie et le bonheur ; qu'il correspond indifféremment à toutes les sensations, pourvu qu'elles ne soient pas désagréables, à toute perception plus ou moins confuse. « Ce n'est que l'indice de la conscience de la vie, et de la jouissance attachée à chacun de ses actes. »

CONCLUSIONS

I. — Tous les auteurs de travaux sur la démence précoce signalent, entre autres symptômes, le rire spécial à ces malades.

II. — Ce rire nous a paru mériter une étude spéciale, tant par sa valeur symptomatique que diagnostique : il est, en effet, très fréquent et se retrouve sous des formes différentes à tous les temps de l'évolution de la maladie.

III. — Il se manifeste avec les caractères suivants :

A. Il est le plus souvent explosif, brusque et rapide : il a tous les caractères d'une impulsion, dont il est l'équivalent mimique.

B. Dans d'autres cas, il naît brusquement, mais rappelle, par sa durée et son intensité, le fou rire : il est comme lui irrésistible, inextinguible, incoercible.

C. Il a souvent à la période d'état la valeur d'une stéréotypie.

— Sous ces trois formes, il ne répond à aucune représentation mentale chez le malade. Il survient sans motif et n'est accompagné d'aucun élément émotionnel.

D. Au début de la maladie, le rire peut être l'expression d'un délire expansif ou d'une hallucination gaie. Cela est rare.

E. A la période terminale, lorsque la déchéance intellectuelle est complète, il se transforme en un sourire analogue à celui qu'on rencontre chez les vieux déments.

IV. — Le rire a, au début, une valeur diagnostique importante : survenant chez des gens qui sont dans des états dépressifs plus ou moins accentués (états neurasthéniques, mélancoliques), ces explosions de rire mettent en évidence l'absence de concordance entre les réactions mimiques et l'attitude déprimée des malades.

Elles doivent faire penser à l'affaiblissement intellectuel.

V. — Le rire des déments précoces ne doit pas être confondu avec le rire des hystériques, des autres déments (organiques et paralytiques), des débiles mentaux (imbéciles et idiots) qui ont chacun des caractères particuliers.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PIC.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 juillet 1908,

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAIN, *les Emotions et la volonté*, traduction Le Monnier, Paris, Alcan, 1884.
- BALLET, *Traité de pathologie mentale*, Paris, 1903.
- BERGSON, *Le Rire*, Paris, Alcan, 1908.
- BECHTEREW, Société de neurologie et psychiatrie de Kasan, avril 1893.
- BICKELES, *Wiener medizinischer Club*, mai 1894.
- BRIQUET, *De l'hystérie*, Paris, 1852.
- BRISAUD, *Leçons sur les maladies nerveuses*, vol. I et II.
- CHRISTIAN, La démence précoce des jeunes gens (*Annales médico-psychologiques*, 1899).
- CLAUS, *Catatonie et stupeur* (Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Bruxelles, 1903).
- DENY et ROY, *la Démence précoce*, Paris, Baillière, 1903.
- DUCHENNE DE BOULOGNE, *Mécanisme de la physionomie humaine. Analyse électro-physiologique*, 1862.
- DUGAS, *Psychologie du rire*, Paris, Alcan, 1902.
- DUMAS, *le Sourire*, Paris, Alcan, 1906.
- ESQUIROL, *Maladies mentales*, Paris, 1838.
- FÉRÉ, *la Pathologie des émotions*, Paris, 1892.
- GUISLAIN, *Leçons orales sur les phrénopathies*, Gand, 1852, leçon XXII.

- HECKER, Die Hebephrenie (*Virchow's Archiv*, t. LII, s. 394-429).
- INGEGNIEROS, le Rire hystérique (*Journal de psychologie normale et pathologique*, novembre-décembre 1906).
- JAMES (W.), Qu'est-ce que l'émotion ? (*Revue philosophique*, XVIII, p. 482).
- JANET (P.), *Etat mental des hystériques*, Paris, 1893.
- JOURDIN, *les Troubles de la mimique chez les paralytiques généraux*, Lyon, 1895.
- KAHLBAUM, *Die Katatonie*, Berlin, 1874.
- KRAEPELIN, *Psychiatrie*, 4^e édit., Leipzig, 1893.
- *Introduction à la psychiatrie clinique*, trad. franç. Devaux et Merklen, Paris, 1907.
- LANGÉ, *l'Emotion*, 1889 ; *la Joie*, p. 46.
- MAGNAN, *la Paralyse générale*, Masson, 1894.
- MASSELOIN, *la Démence précoce*, Paris, Joanin, 1904.
- MICHIELS, *le Monde du comique et du rire*, Ed. Calman-Lévy, Paris, 1896.
- MOREL, *Traité de pathologie mentale*, 1857.
- PASCAL (Mlle), Pseudo-neurasthénie prodromique de la démence précoce (*Presse médicale*, 19 janvier 1907).
- Formes mélancoliques de la démence précoce (*Archives de neurologie*, avril 1907).
- PENJON, le Rire et la Liberté (*Revue philosophique*, août 1893).
- PIERRET, *Leçons cliniques*, 1887.
- RAULIN, *le Rire et les exilarants* (thèse de Paris, 1899).
- RÉGIS, *Précis de psychiatrie*, Doin, Paris, 1906.
- RIBOT, *Psychologie des sentiments*.
- ROQUES DE FURSAC, *Manuel de psychiatrie*, Alcan, Paris, 1903.
- SÉRIEUX, la nouvelle Classification du professeur Kraepelin (*Revue de psychiatrie*, 1900).
- La Démence précoce (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 10 mars 1901).
- La Démence précoce (*Revue de psychiatrie*, juin 1902).
- SÉGLAS, Démence précoce et catatonie (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, juillet-août 1902).

SPENCER, *Essais*, vol. I, chap.

SIKORSKI, Indices physiologiques de la **démence apathique**
(*Archives de neurologie*, août 1894).

SOURY (J.), *Système nerveux central. Structure et fonctions*,
Paris, 1899.

SULLY, *le Rire*, Ed. Alcan, Paris, 1901.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER. — Historique	7
CHAPITRE II. — Etude clinique	15
A. — Le rire dans la démence précoce au début	15
B. — Le rire dans la démence précoce à la période d'état.	21
C. — Le rire dans la démence précoce à la période terminale	27
CHAPITRE III. — Observations	31
CHAPITRE IV. — Diagnostic	49
A. — Le rire hystérique	49
B. — Le rire chez les déments organiques	52
C. — Le rire dans la paralysie générale	55
D. — Le rire des imbéciles et des idiots	57
CONCLUSIONS	61
BIBLIOGRAPHIE	63

